

Третьякова Н. В.

***Российский государственный профессионально-педагогический
университет, Екатеринбург
tretjakovnat@mail.ru***

ЗДОРОВЬЕ РОССИЙСКИХ ДЕТЕЙ: СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ

Аннотация. Представлен анализ современного состояния здоровья российских детей и требования общества к его должному уровню как условию перспективного социально-экономического развития государства.

Ключевые слова: состояние здоровья детей, статистика, тенденции.

Tretyakova N. V.

***Russian state vocational-pedagogical university, Ekaterinburg
tretjakovnat@mail.ru***

HEALTH OF RUSSIAN CHILDREN: STATUS AND TRENDS

Abstract. An analysis of the modern State of health of Russian children and demands of society to its proper level as a condition of prospective socio-economic development of the State.

Keywords: children's health, statistics, trends.

Состояние здоровья детей является важнейшим показателем благополучия общества и государства. В настоящее время в России остро стоит проблема сохранения и укрепления здоровья детей, что связано со значительным снижением числа данной категории населения, ухудшением их соматического и психического здоровья [6]. Исследование показало, что с 2000 г. по 2010 г. число детей уменьшилось на 9,1 млн. чел., при этом наиболее значительно (на 8,1 млн. чел. – 42 %) снизилась числен-

ность детей подросткового возраста (10–17 лет) [2]. Рост детской заболеваемости по всем классам болезней констатирует Федеральная служба государственной статистики [5, с. 225]. В структуре патологии, выявляемой у детей, ведущие ранговые места занимают болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни кожи и органов пищеварения, болезни глаза и уха, болезни нервной, костно-мышечной и мочеполовой систем (рисунок 1) [5, с. 225].

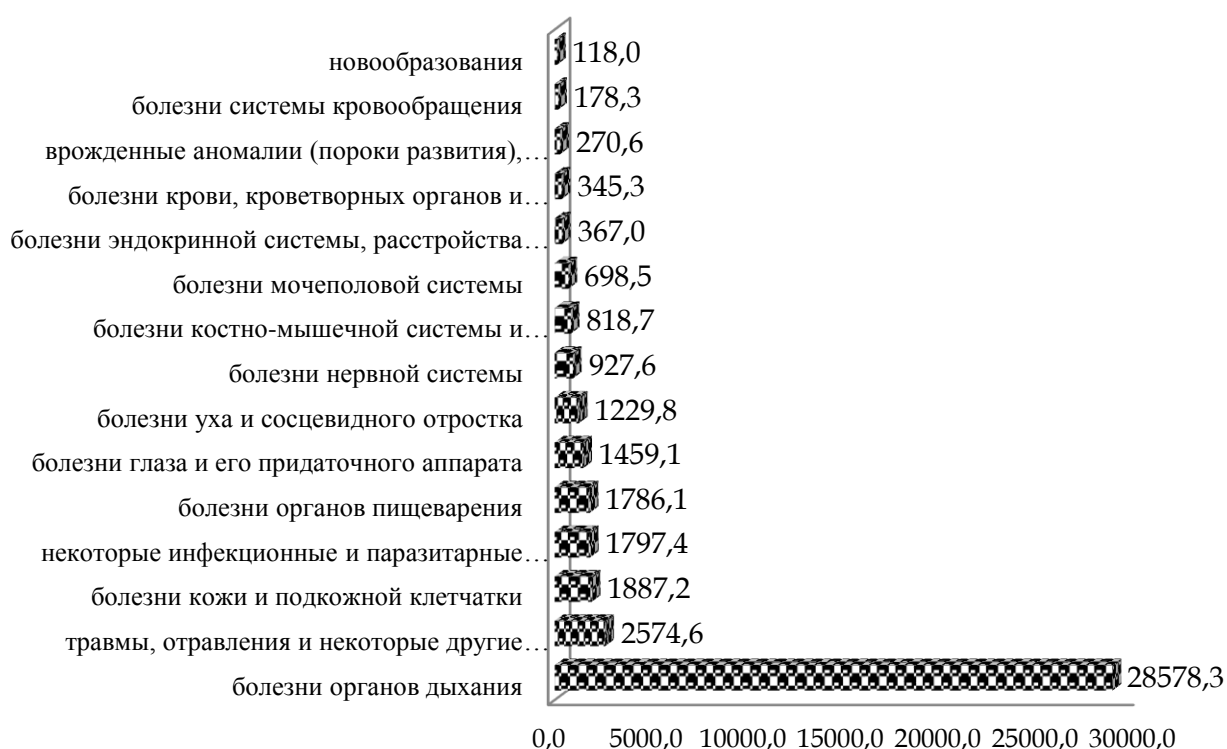


Рисунок 1. – Показатели заболеваемости детей в возрасте до 14 лет по основным классам болезней в 2011 г. (число зарегистрированных больных впервые в жизни установленным диагнозом, на 100 тыс. чел.)

Число всех болезней составило 43843,0 на 100 тыс. чел. против 40903,5 в 2010 г. и 38225,7 в 2000 г. [4, с. 225].

Растет численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет (в 1980 г. их число составляло 53 тыс. человек, на начало 2016 г. – 617 тыс. человек [5, с. 226]. Исследования сотрудников Научного центра здоровья детей

Российской академии медицинских наук (НЦЗД РАМН) показали, что инвалидность в 34,5 % формируется в результате тяжелого течения инфекционных заболеваний или соматической патологии. При этом установлено, что формирование инвалидности в результате тяжелого течения соматической патологии происходит преимущественно к 10-12 годам [2, 4]. Психические расстройства являются причиной инвалидности у 21,2 % детей, болезни нервной системы – у 20,6 %, врождённые аномалии развития – у 18 % [2]. В структуре патологии, выявляемой у детей в возрасте до 14 лет, можно наблюдать, что ведущие ранговые места занимают именно данные классы болезней и их удельный вес существенен, что и определяет их ведущее место в структуре причин инвалидности (рисунок 1).

Главными нарушениями, приводящими к ограничению жизнедеятельности, у детей-инвалидов исследователи выделяют висцеральные и метаболические нарушения, а также расстройства питания, в совокупности составляющие более 25 % от всех нарушений. Они, как правило, являются тяжёлыми последствиями имеющейся у ребенка соматической патологии и в 63 % случаев формируются к 10-17 годам. Исход хронического заболевания в инвалидность чаще всего связан с недостаточным уровнем профилактической работы со здоровым ребенком и оздоровительной и реабилитационной – с детьми, страдающими хронической патологией.

Эксперты Независимого института социальной политики и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) сходятся во мнении, что уровень и условия жизни являются доминирующими факторами наблюдаемого в последние 20 лет снижения здоровья российских детей и подростков [1]. Прежде всего это высокие масштабы бедности и социального исключения, которые ведут к неудовлетворительному питанию, создают повышенную вероятность заражения инфекционными заболеваниями, курения, алкого-

лизма, токсикомании, провоцируют возникновение и рост беспризорности. Острая нехватка материальных ресурсов вынуждает семьи сокращать потребление продуктов питания, делает питание неполноценным. Существенное снижение доступности продуктов питания произошло в результате экономических реформ в 1990-х гг. Несмотря на последующее восстановление среднего уровня доходов населения, по некоторым продуктам питания (например, мясомолочным продуктам) дореформенный уровень потребления до сих пор так и не восстановлен. Недопотребление таких продуктов, как качественные мясо, рыба, молоко, яйца (которые являются основными источниками животного белка), фруктов и овощей (основные источники витаминов) приводит к снижению потенциала здоровья и иммунитета, может вызвать серьезные заболевания и привести к сокращению продолжительности жизни. Особенно опасен недостаток питания в детстве, на стадии формирования организма.

Ярко выраженные социальные корни имеет опасное инфекционное заболевание – туберкулез. Он активно распространяется в случае плохого питания и неудовлетворительных социально-бытовых условий проживания. На начало 2015 г. на учете в лечебно-профилактических стационарах состояло 200,8 тыс. больных активным туберкулезом среди всего населения страны; впервые выявлено пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом 86953 чел. из них детей в возрасте до 14 лет – 3202 чел. (3,68 %), в возрасте 15-17 лет – 1313 чел. (0,02 %) [5, с. 230].

Либерализация сексуальной активности подростков и молодежи, начавшаяся в 1990-е гг., сопровождается ростом заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем – ИППП [5, 6]. Так, заболеваемость сифилисом детей в возрасте до 14 лет в 1990 г. составила 187 случаев на 100 тыс. чел., в 2015 г. – 268 (прирост – 81); в возрасте 15-17 лет в 1990 г. – 350 случаев на 100 тыс. чел., в 2011 г. – 611 (прирост – 261) [5, с. 231]. На возрастные группы до 19 лет приходится около 10 % заболе-

ваемости по данному классу болезней, а пораженность этих групп намного выше, чем среди всего населения [1]. Следует отметить значительное снижение заболеваемости гонореей. Так, у детей в возрасте до 14 лет в 1990 г. данная патология составила 1380 случаев на 100 тыс. чел., в 2015 г. – 124 (прирост – -1256); в возрасте 15-17 лет в 1990 г. – 15708 случаев на 100 тыс. чел., в 2011 г. – 883 (прирост – -14825) [5, с. 231]. Несмотря на снижение заболеваемости гонореей, ситуация в целом по ИППП остается крайне неблагоприятной в сравнении с европейскими странами. По последним данным Всемирной Организации Здравоохранения – ВОЗ, в странах Европейского содружества заболеваемость сифилисом составляет 3,7 случаев на 100 тыс. человек населения, заболеваемость гонореей – 6,7 случаев (2008 г.). В России соответствующие показатели составили 25,1 и 23,5 случая на 100 тыс. человек населения [5, с. 230].

Фиксируется рост заболеваемости российских детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения [6, с. 14]. Исследователи отмечают, что данная тенденция характерна для постсоциалистических стран, переживших серьезные политические и экономические перемены, приведшие к разрушению традиционных социальных и семейных структур. К 2010 г. заболеваемость психическими расстройствами среди детей в расчете на 100 тыс. человек была в 2,3 раза выше, чем в целом по населению, а среди подростков – в 1,7 раза.

Эксперты оценивают уровень депрессии среди российских подростков приблизительно в 20 %, тогда как в западных странах он не превышает 5 % [1].

Как симптомом, так и причиной психических расстройств является употребление алкоголя и психоактивных веществ [6, с. 14]. Численность подростков 15-17 лет, состоящих на профилактическом учете в связи с

употреблением алкоголя, в расчете на 100 тыс. человек составляла 25,5 человека, в связи с наркоманией – 18,6, в связи с токсикоманией – 54,5.

Распространенность такого диагноза, как «наркомания», среди детей и подростков в 2000-х гг. пошла на убыль [6, с. 14]. Однако происходило это на фоне снижения возраста приобщения к алкоголю. К 2010 г. число детей в возрасте до 14 лет, стоящих на учете в связи с алкоголизмом, выросло в 1,6 раза, число подростков – в 1,5 раза.

Одним из лидирующих факторов риска заболеваемости и смертности является курение. По оценкам ВОЗ, курение вносит гораздо больший вклад в смертность российского населения (17,1 %), чем алкоголь (11,9 %) [1].

По данным обследования употребления табака, проведенного Росстатом в 2009 г., в России курят 60,2 % мужчин и 21,7 % женщин в возрасте старше 15 лет. Курильщиками являются 30,1 % юношей и 17,8 % девушек в возрасте 15-18 лет. По оценкам ВОЗ, в настоящее время Россия находится на четвертом месте в мире по распространенности табакокурения среди подростков.

В России дети составляют около трети населения, и их большая часть посещает образовательные организации, проводя в них продолжительную часть дня: более 70 % времени [6, с. 15]. Научными исследованиями НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗР РАМН установлено, что в последнее десятилетие произошло значительное ухудшение состояния здоровья обучающихся, при этом установлено, что формирование заболеваемости детей в значительной степени определяется возрастом начала их систематического обучения. Поступление в общеобразовательные организации детей в возрасте младше 7-ми лет существенно увеличивает риск возникновения различных нарушений физического развития, костно-мышечной, нервной, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, органов зрения. Эта закономерность сохра-

няется на протяжении всего периода обучения, при этом процент часто болеющих детей в 1,5-2 раза выше, чем у старших одноклассников.

Среди современных первоклассников меньше абсолютно здоровых детей, чем среди их сверстников конца прошлого века: 6,2 по сравнению с 8,7 % [6, с. 15]. У них хуже показатели готовности к обучению: ниже интегральный показатель умственной работоспособности (1,13 по сравнению с 1,48 условных единиц), а количество детей с недостаточным уровнем развития школьно-обусловленных функций при поступлении в школу выросло в 2 раза (с 21,2 до 41,4 %) [6, с. 15]. Отмечается явная интенсификация современного образовательного процесса, выраженная увеличением количества уроков в день и объемов учебного материала, и как следствие этого – возросшая физиологическая стоимость учебных нагрузок и соответствующее ей снижение количества абсолютно здоровых детей от 1-го класса к 3-му (с 6,2 до 1,9 %).

Изучение расчетов адаптационных показателей показывает, что начало обучения в общеобразовательных организациях сопровождается низким уровнем функциональных резервов организма у каждого третьего первоклассника, а его улучшение для большей части обучающихся наблюдается только на 3-м и 4-м году обучения [3, с. 37]. Особую тревогу вызывает состояние здоровья старшеклассников (15-17 лет) – поскольку к данному возрастному периоду, как правило, завершаются процессы роста и развития организма, особенности протекания которых во многом обуславливают физическое и психическое здоровье человека, успешность его включения в профессиональную деятельность, реализацию репродуктивного потенциала.

Сравнение структуры функциональных нарушений, выявляемых у современных подростков и подростков 90-х годов, показывает существенные изменения в десятилетней динамике [6, с. 16–17]. В частности, доля функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой си-

системы сегодня возросла в 3 раза (25 % от общего числа нарушений), сместившись со 2-го на 1-е ранговое место (каждый второй подросток – 47,8 % – имеет данное нарушение). Второе место занимают функциональные нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата (ранее им отводилось 3-е место). Возросло число нарушений со стороны эндокринной системы и обмена веществ (14,0 %) – 3-е место. Практически не претерпели изменений функциональные нарушения со стороны органов пищеварения и нервной системы, однако значительно увеличилось число хронических заболеваний данных систем: с 10,8 до 20,3 % заболеваний органов пищеварения и с 3,8 до 17,3 % – органов нервной системы. Гинекологические заболевания у старшеклассниц стали занимать 6-е ранговое место, при том что в 90-е годы в структуре хронических заболеваний они не отмечались на ведущих местах.

Ряд особенностей выявило исследование основных показателей в физическом развитии подростков [6, с. 17]. Достоверно установлено снижение темпов продольного роста, уменьшение широтных и обхватных размеров тела и массы. Снижение нормального физического развития подростков преимущественно происходит за счет увеличения лиц, имеющих дефицит массы тела (у юношей с 12,8 в 90-е годы до 20,2 % к настоящему времени; у девушек соответственно с 13,5 до 23 %), к настоящему времени это каждый четвертый юноша и каждая шестая девушка.

Физическое развитие детей традиционно является одним из ведущих критериев состояния здоровья детей, отражающих влияние эндо- и экзогенных факторов на его уровень, соответственно нарушение его нормального хода развития расценивается как показатель неблагополучия в состоянии здоровья [7]. В настоящем времени вопросы оценки показателей физического развития и динамики их изменений рассматриваются в научных институтах с тем, чтобы выявить роль медицинской профилактики и социально-гигиенического мониторинга в фи-

зическом развитии детей, показать, их взаимосвязь с санитарно-эпидемиологическим благополучием образовательных организаций. Именно поэтому необходимо получение своевременной информации о физическом развитии обучающихся, чтобы в последующем принимать те или иные управленческие решения, связанные с созданием охранных условий образовательного процесса.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что в целом современные дети в сравнении со своими сверстниками предшествующего десятилетия имеют отставание в физическом развитии и высокий уровень хронической патологии, как следствие, порядка 80 % выпускников общеобразовательных организаций по уровню состояния здоровья имеют ограничения при выборе профессии, а 35 % считаются непригодными к службе в армии; наличие у 22-25 % девушек расстройств менструального цикла являются следствием последующего нарушения репродуктивной функции, приводящей в свою очередь к снижению рождаемости и в целом к углублению демографического кризиса в стране.

Список литературы

1. Анализ положения детей в Российской Федерации: на пути к обществу равных возможностей: Совместный доклад Независимого института социальной политики и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.unicef.ru/upload/iblock/b6e>
2. Баранов А. А., Яковлева Т. В., Лапин Ю. Е. Охрана здоровья детей в системе государственной политики // Вестник РАМН. 2011. № 6. С. 8–12.
3. Бейс Г., Кучма В. Р. Школы здоровья в Европе и России. М.: Изд-во НЦЗР РАМН, 2009. 83 с.
4. Кетриш Е. В. Эволюция отношения общества к детям с нарушениями в развитии // Научный диалог. 2015. № 7 (43). С. 8-26.

5. Российский статистический ежегодник. 2016: Статистический сборник. М.: Росстат, 2016. 725 с.

6. *Третьякова Н. В.* Формирование готовности учащихся образовательных организаций к здоровьесберегающей деятельности / под науч. ред. В. А. Федорова. Екатеринбург: Рос. гос. проф.-пед. ун-т, 2014. 159 с.

7. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации. Сборник материалов (выпуск VI) / под ред. А. А. Баранова, В. Р. Кучмы. М.: ПедиатрЪ, 2013. 192 с.

УДК 378; 377

Третьякова Н. В., Бараковских К. Н., Пермяков О. М.,

Щинова Н. А.

*Российский государственный профессионально-педагогический
университет, Екатеринбург,
Вечерняя (сменная) школа № 27, Новосибирск
tretjakovnat@mail.ru*

ИНТЕРАКТИВНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК СРЕДСТВО РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА И УСЛОВИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Аннотация. Дана характеристика и раскрыто значение применения интерактивных образовательных технологий в современном образовательном процессе. Это соответствует требованиям реализации компетентностного подхода в обучении и является условием здоровьесберегающего образования.

Ключевые слова: компетентностный подход, интерактивные образовательные технологии, здоровьесберегающее образование.